……………………………….,

*(Pieczątka podmiotu wykonującego* *działalność leczniczą)*

# Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny

# w Jarosławiu

# ul. Grunwaldzka 7, 37-500 Jarosław

**IMIENNY WYKAZ OSÓB, U KTÓRYCH NIE WYKONANO OBOWIĄZKU SZCZEPIENIA OCHRONNEGO Z POWODU UCHYLANIA SIĘ.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby niezaszczepionej** | **data urodzenia** | **Osoba/Osoby sprawujące prawną pieczę nad dzieckiem** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
| **6** |  |  |  |
| **7** |  |  |  |
| **8** |  |  |  |
| **9** |  |  |  |
| **10** |  |  |  |
| **11** |  |  |  |
| **12** |  |  |  |

**…………………………………….**

**(pieczęć i podpis lekarza)**

 Załącznik:

* Raport o przypadkach niewykonania obowiązkowych szczepień ochronnych